

Book reviews / Boekbesprekingen

Doris Arnold, "*Aber ich muss ja meine Arbeit schaffen!*" *Ein ethnografischer Blick auf den Alltag im Frauenberuf Pflege*. Frankfurt am Main: Mabuse, 2008. 618 pp. € 49.00. ISBN 978-3-940529-34-3.

De studie van Doris Arnold beoogt inzicht te geven in de praktijk van de verpleging en daarbij vooral in de betekenis van geslacht en professionalisering voor de mensen die in een ziekenhuis in de verpleging werken. Volgens Arnold is het voor de praktijk van verpleging vooral kenmerkend dat het om de professionalisering van een praktijk gaat die historisch gezien een beroep of bijna een roeping voor vrouwen was.

De vragen die Arnold in haar studie behandelt, zijn de volgende: Welke betekenis heeft het voor de verplegers (mannen en vrouwen) dat ze een bezigheid uitoefenen, die stereotiep als vrouwelijk neergezet wordt? Welke ervaringen doen ze daarmee op en welke problemen zijn ermee verbonden? Hoe gaan ze om met de professionele eisen die aan hen gesteld worden en welke professionele eisen stellen ze aan zichzelf? Om deze vragen te beantwoorden koos de auteur voor de combinatie van een sociaal-wetenschappelijk en een verplegingwetenschappelijk perspectief.

Het boek is als volgt opgebouwd. Aan het begin worden de theoretische grondslagen voor de studie uiteengezet en daarbij een benadering van verpleging als *haus-arbeitsnahe Frauenarbeit* (werk voor vrouwen dat affiniteit met huishoudelijk werk heeft) ontwikkeld. Daarop aansluitend worden de concepten van macht en *discours* bij Michel Foucault en Andrea Maihofer toegelicht en met de handelingstheorie van Erving Goffman verbonden, die volgens de auteur vooral voor de analyse van de interacties en de ervaringen van verplegers geschikt is. Als *sensitizing concepts* worden op grond van de resultaten van vergelijkbare studies in verband met de praktijk van verpleging *Arbeit* (werk) en *Zuwendung* (toewijding) en nog concreter *mit der Arbeit fertig werden* (het werk afkrijgen) en *etwas für die Patientinnen tun* (iets voor de patiënten doen) geïntroduceerd.

Hoofdstuk 3 is voor de uiteenzetting van de onderzoeksmethoden gereserveerd. Zoals de ondertitel al zegt heeft Arnold voor een etnografische benadering gekozen en met participerende observatie en kwalitatieve interviews gewerkt. Doordat de auteur niet alleen socioloog is, maar ook zelf jaren in de verpleging gewerkt heeft, heeft ze een unieke toegang tot haar veld kunnen krijgen. Dat veld bestond uit de neurologische afdeling en de afdeling voor interne geneeskunde in een Duits ziekenhuis met maximale verzorging. Het empirisch onderzoek vond in de jaren 2001 en 2002 plaats, toen in Duitsland al een verreikende economisering van de medische zorg gaande was, maar de herstructurering van de financiering van de ziekenhuizen op grond van de zogenaamde *Diagnosis Related Groups* (DRG) kwam daar pas in het begin van 2004. Empirisch onderzoek dat al vóór de introductie van de DRGs plaatsgevonden

heeft, kan inzicht verschaffen in handelingsmogelijkheden die toen nog bestonden, maar ook in de zich voordoende problemen vanuit het perspectief van het verplegende personeel. De analyse van de data oriënteerde zich op de principes van de gefundeerde theoriebenadering.

Het grootste gedeelte van het boek neemt de beschrijving van de resultaten van het empirisch onderzoek in beslag (acht hoofdstukken en meer dan 350 pagina's). Centraal staat het concept *Tüchtigkeit* (bekwaamheid), dat in deze studie empirisch ontwikkeld werd. *Tüchtig* is volgens de verplegers iemand, die aan het einde van zijn werktijd met zijn werk klaar is en die toch ook nog tijd gehad heeft voor gesprekken met patiënten. Kortom een verpleger die naast zijn 'werk' ook nog tijd had voor 'toewijding'. Voorwaarde voor *Tüchtigkeit* is, dat de verplegers de vaardigheid hebben, hun werk te organiseren en dat ze soms ook bereid zijn om hun werk minder perfect te doen dan ze het eigenlijk gewild hadden. Aspecten van deze *Tüchtigkeit* zijn het continu bezig zijn, maar ook het kunnen omgaan met drukte op grond van tijdgebrek en de vaardigheid zich ook tijd te nemen en voor rust te zorgen. Bekwame verplegers presenteren zichzelf als soeverein en *cool* in de omgang met de werkbelasting. Daarbij spelen ook het omgaan met moeilijke patiënten en de samenwerking met de artsen een belangrijke rol.

In de historische constructie van verpleging als een beroep voor vrouwen, dat gemeenschappelijke kenmerken met huishoudelijk werk heeft, ziet Arnold (negatieve) gevolgen voor verplegers van beiderlei kunne. In haar onderzoek bestond het meest belangrijke effect in het onderscheid tussen werk (lichamelijke verzorging, bezigheden in verband met medische diagnostiek en therapie, etcetera) aan de ene kant en de toewijding tot de patiënt (verschillende vormen van luisteren en praten) aan de andere kant, wat ook door de verplegers zelf niet als werk beschouwd wordt. Afgezien daarvan kwam Arnold verschillen tegen in de manier hoe mannen en vrouwen zich in de interacties van de alledaagse verpleging presenteren. Zagen mannelijke verplegers emotionele distantie als onderdeel van hun professionaliteit; sommige vrouwen zagen het toelaten van emoties, zoals het treuren om een overleden patiënt, niet als minpunt voor hun professionele handelen.

"Aber ich muss ja meine Arbeit schaffen!" biedt een uitstekend inzicht in de alledaagse praktijk van verplegers in een ziekenhuis in Duitsland, in hun problemen, idealen en wensen met betrekking tot hun eigen professionaliteit. De beschrijving van de resultaten van het empirisch onderzoek is rijk aan observaties en interviewfragmenten. De algemene conclusies tonen een zekere plausibiliteit. Ofschoon het institutionele kader voor de verpleging sinds de introductie van de DRG voor de financiering van de medische zorg in Duitsland al weer veranderd is, zou het antagonisme tussen werk en toewijding vermoedelijk nog steeds of zelfs nog sterker het professionele handelen van verplegers structureren. Vervolgstudies zouden daarover opheldering kunnen geven. Het empirisch gedeelte van Arnolds studie kan zonder problemen ook onafhankelijk van het theoretisch gedeelte gelezen worden. Of dat nu een zwakte of juist de kracht van deze studie is, daarover zou men kunnen twisten.

Ulrike Popp-Baier
Kunst-, Religie- en Cultuurwetenschappen, Universiteit van Amsterdam

Lisa Aronson Fontes, *Interviewing clients across cultures. A practitioner's guide*. New York: Guilford Press, 2008. 306 pp. £25,95 (hard cover). ISBN 978-1-59385-710-3.

Om vakbroeders en aanverwanten richtlijnen te geven over hoe een cliënt uit een andere cultuur tegemoet te treden, publiceerde klinisch psychologe Lisa Aronson Fontes het handboek *Interviewing clients across cultures*. Wie thuis is in de wereld van de geestelijke gezondheidszorg kent al de *cultural formulation of diagnosis* (CFD) uit de vierde editie van de *Diagnostic statistical manual of mental disorders*. Deze is voortgekomen uit een werkgroep antropologen en psychiaters als antwoord op de vraag hoe de invloed van de culturele achtergrond van een cliënt op zijn geestelijke gezondheid te omschrijven is. Richt zich de CFD vooral op de inhoud van de informatieverwerking, *Interviewing clients across cultures* is meer gericht op het proces. Het stelt zich ten doel professionals te helpen “(to) conduct competent, productive interviews with clients from any cultural or linguistic background”.

De inzet is hoog, want Aronson Fontes opent met een motto van Nelson Mandela met de strekking dat de vrijheid van anderen gerespecteerd en omarmd moeten worden. In haar dankwoord stelt ze bovendien: “This book was written in the sincere hope that I will live to see a world where inequality is obsolete and justice is the norm”. De inhoudsopgave laat zien dat het interview in al zijn facetten aangepakt wordt: van voorbereiding tot veelvoorkomende dilemma's en misverstanden in cross-culturele situaties. Handig is ook het eerste hoofdstuk: een gids om goed beslagen door deze gids te komen. Alleen zou bij de uitleg over waarin een interview verschilt van andere conversaties de antropoloog teleur kunnen stellen: informatie stroomt primair in één richting, van de geïnterviewde naar de interviewer. Nu is de schok misschien minder groot dan gedacht: wat volgt is een aaneenschakeling van voorbeelden hoe een interviewer een gesprek verbaal en non-verbaal, bewust of onbewust zou kunnen beïnvloeden en waar rekening mee te houden bij het interpreteren van de geïnterviewde. Al dat soort feitjes zijn gemakkelijk op te sporen door de hoofdstukken in de inhoudsopgave te volgen. Toch zou bij een antropoloog een nasmaak kunnen blijven hangen van de beter wetende hulpverlener die zijn gesprekspartner, die nadrukkelijk anders is, alleen van de buitenkant kan begrijpen.

Aronson Fontes start logischerwijs met de voorbereiding van het interview en hier komt de opmerkelijke gedetailleerdheid van haar boek om de hoek kijken. De interviewer dient zich in veel zaken te verdiepen: of de gegeven informatie van de verwijzer correct is en alle formulieren in de taal van de cliënt zijn, hoe een cliënt te informeren over (opname)apparatuur, tactvol het papierwerk voor de cliënt te hanteren en een gastvrije omgeving te creëren, waar we iemand willen interviewen en of de familie erbij betrokken wordt, te letten op wat er aan de muur hangt of op het bureau staat, wat te doen bij interviews thuis, de eigen professionele attitude goed afwegen, achtergrondinformatie verzamelen en acculturatiepatronen vaststellen. Dit proces illustreert de auteur met zestien praktijkvoorbeelden. Daarbij valt op dat de voorbeeldvragen in het onderzoek naar culturele achtergrond en acculturatie, overeenkomen met het cultureel interview zoals dat in Nederland ontwikkeld is.

De aanpak van Aronson Fontes is gedegen, al is het meestal erg veilig: de twee uitersten aangeven en dan concluderen dat ergens in het midden de juiste weg ligt. Zo gebeurt dat in het derde hoofdstuk met *biases* en grensgevallen, wat niet wegneemt dat de eerste vooral in observatie en cognities, sterk zijn uitgewerkt. De auteur heeft vijf types van gekleurde visies opgenomen, van zoeken naar bevestiging tot *self-fulfilling prophecies*. De veilige weg bestaat uit niet te veel kritiekloos afgaan op wat cliënten de behandelaar vertellen en niet alleen maar afgaan op de beoordeling van de behandelaar zelf. Ergens daartussen in ligt de weg om een goed interview af te nemen, de juiste notities te maken en het best passende rapport op te maken.

Aronson Fontes waarschuwt voor stereotypering in de voorbereiding en daarin is het open deur-gehalte van het boek, althans voor antropologen, hoog. Enkele voorbeelden: “the culture of a Black person from the Dominican Republic is different from that of an African American person who grew up in New York City”; “However, a touch that is considered social in one culture may be seen as intimate in another” en “Clothes reveal something about us, but we should be careful not to overinterpret others’ clothing”. In dergelijke uitspraken klinkt een exotiserende benadering door van cliënten uit een andere dan de dominante cultuur. In haar aanpak van zo compleet mogelijk willen zijn, zonder zich werkelijk af te vragen wat de motivaties van een cliënt en de biografische context van de problematiek zijn, staat de behandelaar centraal en lijkt een cliënt zich in de marge te bewegen. Het gaat er de auteur vooral om hoe uitputtend een klinisch psycholoog kan zijn om haar of zijn werk zo optimaal mogelijk te doen. Dat is prijzenswaardig te meer daar er niet veel van dit soort boeken zijn, ware het niet dat meer evenwicht tussen het uitoefenen van het beroep van klinisch psycholoog en het welzijn van een cliënt gewenst is.

In de glijdende schaal van idealisme naar realisme bevindt de auteur zich, ook gezien haar motto en afsluitende woorden, nog erg aan de idealistische kant. In de realiteit van de Nederlandse behandelsetting bijvoorbeeld ontbreekt het de behandelaar aan tijd om zo uitputtend te werk te gaan als zij voorstelt. Bovendien stelt de auteur zich op basis van heel veel voorbeelden voor wat de effecten bij haar cliënt zouden kunnen zijn, zonder dat na te vragen of zich werkelijk in een cliënt te verdiepen. Het lijkt erop dat het contact alleen goed komt als een behandelaar een cliënt uit een andere cultuur met alle culturele egards tegemoet treedt. Toch is haar pleidooi om rekening te houden met de culturele context van de klachtpresentatie een belangrijke boodschap aan de westers gedomineerde gezondheidszorg. Mijns inziens ligt hierin een voorname taak voor antropologen: behandelaars bewuster maken van de culturele inbedding van klachten en meer evenwicht scheppen in de boodschap van Aronson Fontes. Veel Nederlandse hulpverleners in de gezondheidszorg gaan te veel uit van de exotische Ander.

Simon Groen, cultureel antropoloog
De Evenaar, GGZ Drenthe, Beilen

Madelief Bertens, *Uma Tori, Development and evaluation of an STI/HIV-prevention intervention for women of Afro-Surinamese and Dutch Antillean descent*. Academisch proefschrift Universiteit Maastricht 2008, 160 pp. € 15.00 (can be ordered via: madelief.bertens@falw.vu.nl).

Dit proefschrift bestaat uit een onderzoeksverslag en vier 'papers'. *Uma Tori* betekent in het Sranan vrouwenverhalen. Madelief Bertens is psycholoog en antropoloog en wijst geregeld op het belang van aandacht voor cultuur.

Uitgangspunt van haar betoog is dat Caraïbische Nederlanders, dat wil zeggen Surinamers, Antillianen en Arubanen in Nederland, hoog scoren op seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA/HIV). Dat wordt verklaard uit onveilige seks in deze groepen: inconsistent condoomgebruik, veel verschillende, elkaar opvolgende en gelijktijdige partners, vluchtige seksuele contacten. Mannen hebben aanzienlijk meer seksuele contacten dan vrouwen, een groot aantal veroveringen geeft ze status en zijn goed voor hun zelfbeeld.

Bertens onderzocht vierhonderd Afro-Caraïbische vrouwen in Amsterdam en Den Haag. Haar onderzoek is gericht op de ontwikkeling van methoden ter bevordering van risicovrij seksueel gedrag, ofwel veilig vrijen. Het staat vast dat condoomgebruik daarvoor het meest efficiënt is. Het bleek echter dat dat niet voor alle Caraïbische Nederlanders een optie is. Vrouwen die condoomgebruik eisen, kan achterdocht, ontrouw en een losse moraal worden verweten.

In Afro-Caraïbische culturen wordt seksualiteit positief gewaardeerd. Het geldt als onontbeerlijk voor het lichamelijk en geestelijk welzijn. De paradox is dat er tussen partners weinig communicatie is over dit onderwerp; seks is belangrijk, maar er wordt weinig over gepraat. De vrouwen in de genoemde populaties hebben een lage risicoperceptie, omdat ze het risico relateren aan hun eigen gedrag, niet dat van hun partner en zijn geneigd een seksuele partner al gauw te beschouwen als een vaste partner. Dat is wishful thinking, waarmee ze vaak bedrogen uitkomen. Terwijl veel vrouwen een vaste relatie wensen, kiezen mannen nogal eens voor hit and run.

Bertens gebruikte in haar onderzoek verschillende methodieken: 1. het uitwisselen van eigen ervaringen door middel van groepsgesprekken (de zogenaamde tupperware methode, waarbij vrouwen in een huiskamersetting hun verhalen [*tori*] vertellen), rollenspel en het tekenen van de eigen 'levenslijn'. 2. kennisverbetering. 3. risicocommunicatie aan de hand van een videoband. 4. het bespreken van verschillende onderhandelingsstrategieën, en 5. condoomdemonstratie. Evaluatie vond plaats met een vragenlijst vóór en ná het project. De conclusies waren overwegend positief. Kennis, bewustwording en assertiviteit in het omgaan met de eigen seksualiteit waren toegenomen en het taboe dat rust op het praten over seksualiteit leek te zijn doorbroken. De auteur concludeert dat de gebruikte interventiemethoden zich goed lenen voor de ontwikkeling en implementatie van een preventieprogramma voor allochtone vrouwen in Nederland.

De onderzochte vrouwen hadden een meer dan gemiddelde opleiding. De betrouwbaarheid van de in de vragenlijsten gegeven antwoorden valt echter te betwijfelen. Het staat vast dat meer kennis en zelfs attitudeverandering niet vanzelfsprekend

tot gedragsverandering leiden. Uiteraard zouden bij verder onderzoek ook mannen betrokken moeten worden, hetgeen ook Bertens stelt. Dat alles neemt niet weg dat dit een belangwekkend en interessant onderzoek is. Het is echter geen genot het te lezen, vanwege de zeer vele herhalingen in het onderzoeksverslag en dan steeds opnieuw in de vier papers. Een index ontbreekt.

Eva Abraham, cultureel antropoloog
Amsterdam

Maarten Bode, *Taking traditional knowledge to the market: The modern image of the Ayurvedic and Unani industry, 1980-2000*. Hyderabad: Orient Longman, 2008. xi+260 pp. \$40.50 (hard cover), via Indian distributor (Manohar) \$15.00. ISBN 978-81-250-3315-7.

Maarten Bode's work is one of anthropology's most outstanding contributions to Ayurvedic and Unani medical practices. Only a few books have made a lasting impact on the field, for example, Leslie's edited volume *Asian Medical Systems* (1976), Zimmermann's *The Jungle and the Aroma of Meats* (1987), or Nichter's *Anthropology & International Health* (1989). Bode's monograph on Ayurvedic and Unani drug makers is right among these key texts.

The book draws on data collected in India between 1996 and 2002. Bode interviewed around fifty experts from the industry, including marketing directors and clinical researchers. From nearly 8,000 manufacturers specializing in Ayurvedic and Unani substances, he selected five of the largest houses for case studies (four from Ayurveda, one from Unani). He also analyzed company publications and advertising campaigns. Excluded from the study were professional organizations and government institutions dealing with traditional medicines. Also excluded were individual practitioners preparing their own remedies for patients; this book describes large-scale manufacturing only. Bode's is the first and, so far, only book-length discussion of how Ayurvedic and Unani remedies came to be mass-manufactured, how these products are advertised to consumers, and how different companies work with different business models.

In contrast to many recent works on Indian medicine, Bode is not much interested in theoretical engagements. Apart from references to Appadurai/Kopytoff's (1986) notion of the 'social lives of things' and reflections on postcolonial modernities, the book focuses entirely on how Indian medicines are produced and marketed. Given the richness of the empirical data, this relative lack of 'theory' is an advantage, not a shortcoming.

In his case studies (pp. 74-130), Bode shows various types of Ayurvedic and Unani drug production and marketing. It has become commonplace in studies of Indian medicine to speak of the 'commodification' of traditional medicines, but no other study examines as closely as Bode's how different business models entail different forms of commodification. Bode has had a good hand in selecting his five case studies (Himalaya, Dabur, Hamdard, Zandu, Arya Vaidya Sala), because they allow him to demonstrate how manufacturers work with different definitions of what 'Ayurvedic'

or 'Unani' medicine means; how companies mobilize 'scientific evidence' in a variety of ways; and how the labelling of products is shifting and unclear. Bode divides Indian indigenous remedies into three categories: 'over-the-counter' (OTC) brands, 'prescription' brands, and 'classical' medicines, and he uses this division to estimate the relative market share of these three types. In some parts of the book, however, he only distinguishes between 'branded products' and 'classical products' (p. 85), and asks if there is any meaningful difference between OTC and prescription brands if 75% of 'prescriptions' are sold *without* prescriptions. As he rightly points out, it is not India's regulatory agencies who decide how a product is labelled, but private companies' marketing departments. The laxity of state regulations has also allowed products that no one seriously believes to be 'Ayurvedic' to be labelled as such. For example, Procter & Gamble calls its Vicks VapoRub an 'Ayurvedic Proprietary Medicine' in order to save taxes (p. 58). But the same classificatory shifts are also evident in what the Indian firms define as 'medicines': for example, companies like Dabur and Himalaya make their biggest profits from hair oils, tooth powders, and food supplements that would not be considered as 'medicinal' products outside of India. Furthermore, "food is medicine and medicine is food" (p. 32) in Indian healing practices, and a large part of Ayurvedic and Unani products are used to *enhance* health rather than to cure disease. Therefore, the products that Bode describes are not 'drugs' in the way that biomedicine defines them.

One of Bode's key findings is that the growth of Ayurvedic and Unani manufacturers does not translate into a more prominent role of Indian indigenous practitioners. Rather the *opposite* seems to be true: Bode argues that the rise of branded products is seriously narrowing the range of substances traditionally used, and that direct-to-consumer marketing is *de-skilling* prescribers: "It seems that in spite of, or perhaps because of, the rise in the popularity of Ayurvedic products the survival of Indian medicine is under threat" (p. 71). In a footnote (p.2), Bode introduces a distinction between 'commoditization' (for material things) and 'commodification' (for practices, e.g. healing performances), but the various dynamics of what branded products do to healing practices could have been explored in greater detail. This could have included an investigation of how these remedies are being distributed and sold. Bode mentions that Dabur became India's leading producer of Ayurvedic products thanks to tie-ups with large wholesalers (p. 89), but much more needs to be known about this – perhaps a follow-up study could be devoted to distribution and retail channels of Indian medicinal products?

Like many authors before him, Bode is fascinated by the question of how Indian medicine is embedded in wider historical changes. The decline and revival of Ayurveda under British colonialism is discussed, as well as post-Independence socio-economic transformations, such as an increasing number of middle-class consumers who are turning to herbal treatments as "tokens of a superior form of modernity marked by bioethics and spirituality" (p. 225). Bode's emphasis on remedies that focus on digestion and metabolism ("It all boils down to the fact that when your tummy is all right, your health is all right," as a marketing manager is quoted saying, p. 34) also makes an important contribution to current writings on popular notions of health in India.

What could have also been included in the book is an analysis of how developments in Ayurvedic and Unani manufacturing are related to India's *biomedical* drugs industry, not least because many companies, among them Dabur, also have divisions for generic biomedical drugs. If both these industries showed exponential growth over the past few decades, is this a mere coincidence, or are there changes in the commercial and regulatory situation in which *both* find themselves? It speaks to the extraordinary quality of Bode's book that it lays the groundwork for a new, drugs-based anthropology of Indian medicine and inspires more research in the same direction.

Stefan Ecks
Social Anthropology, University of Edinburgh

Ignaas Devisch, *De roze billen van Renoir. Een inleiding in de medische filosofie*. Leuven: Uitgeverij Acco, 2008. 216 pp. € 25,00. ISBN 978-89033469862.

Met *De roze billen van Renoir* schreef Ignaas Devisch een mooi boek met een intrigerende titel dat zowel bescheiden als ambitieus is. De bescheidenheid zit in de keuze zich te beperken tot enkele welgekozen scharniermomenten uit de medische geschiedenis en een paar specifieke thema's. De auteur laat het filosofische licht schijnen op wat hij zelf noemt de medische problematiek in de brede zin van het woord. Hij gaat daarvoor langs bij de Grieken, Romeinen, Vesalius en Descartes, Foucault. Hij eindigt zijn boek met enkele beschouwingen over de hedendaagse discussiepunten in de geneeskunde, zoals het gezondheidsideaal, de voorspellende geneeskunde en de cosmetische chirurgie.

Toch is het boek ook ambitieus. Devisch wil veel. Dat blijkt uit de proloog waarin hij zijn opvallende titel verklaart. Bij het zien van blote dames op schilderijen van Renoir laat men zich nogal eens 'verblinden' door hun roze billen. We hebben dan vanzelfsprekend minder oog voor andere, meer detaillistische aspecten van de schilderijen. Ook de lelletjes van Renoir verdienen onze aandacht. Hij wil vanuit filosofisch perspectief een overzicht geven van hoofdlijnen én details van de medische geschiedenis, van de hoofdfiguren én van feiten of mensen die in de marge van die geschiedenis zijn blijven steken. Dat is niet eenvoudig. Details onderscheiden zich immers van de hoofdzaak vanuit de historische, maatschappelijke en culturele context die bepaalt wat hoofdzaak en bijzaak zou zijn. Dat alles wil Devisch meenemen in het uitwerken van zijn medische filosofie.

De ambitie van *De roze billen van Renoir* wordt weliswaar enigszins getemperd door de ondertitel: *Een inleiding in de medische filosofie*. Juist omdat het een inleiding is, hoeft het geen volledigheid na te streven, iets waarnaar de auteur zelf met regelmaat verwijst. Desondanks is het een inleiding in de medische filosofie, maar tegelijkertijd ook een bevraging ervan. Wat die medische filosofie precies inhoudt, beschrijft Devisch eerst door uitdrukkelijk te zeggen wat hij *niet* zal doen. Hij distantieert zich vooral van de beoefenaars van de medische ethiek. Zij zijn te zeer bezig met het oplossen van vragen over hoe het moet in de dagelijkse klinische praktijk, zo

suggereert Devisch. Nochtans laat hij hier een kans liggen om juist wel te benadrukken dat er een verband is tussen filosofie en ethiek. Hij probeert in het boek scherp te stellen wat medische filosofie dan precies zou zijn. Het betreft “een filosofische reflectie over het medische terrein”. Dat houdt in dat men “nagaat wat het vandaag betekent dat en hoe wij nadenken en filosoferen over mens en lichamelijkeheid, over de plaats daarvan in de samenleving en de cultuur in het algemeen, en vooral ook over hoe de filosofische tradities hierin bepalend zijn geweest”. Maar ook dat is een ambitieus project – zo realiseert Devisch zich: “een aantal van die verschuivingen in het denken over mens en samenleving in kaart brengen en wat dat zegt over de respectieve tijdsperiode en samenleving, dat is al meer dan ambitieus genoeg me dunkt.”

Devisch wil aan filosofie doen. Hij bekijkt ‘het medische’ door de bril van de filosoof. De aanhalingstekens wijzen er al op dat het medische vele betekenissen kan hebben. Het kan immers gaan over de medische wetenschap, over de concrete medische praktijk, over het medische discours, over curatieve of preventieve geneeskunde. In Devisch’ medische filosofie worden die onderscheidingen niet geëxpliciteerd waardoor zijn boek vooral een algemene filosofische reflectie is op enkele medisch-historisch belangrijke momenten. Het is een verdienstelijk werk, omdat het de lezer verleidt zich te verdiepen in de medische filosofie. Het roept vragen op eerder dan dat het antwoorden formuleert. Wat is nu eigenlijk medische filosofie? Waarom is het belangrijk in het medische onderwijs? Welke vormen van medische filosofie worden in de academie onderwezen en wat is de meerwaarde van een medische filosofische onderwijs binnen een steeds belangrijker wordende ideologie van ‘evidence based medicine’? Dergelijke vragen zijn belangrijk om ze te stellen en over te reflecteren. *De roze billen van Renoir* is daartoe een uitnodiging.

Sofie Vandamme

Filosofie en Medische Ethiek, Erasmusuniversiteit Rotterdam

Michele Ruth Gamburd, *Breaking the ashes: The culture of illicit liquor in Sri Lanka*. Ithaca: Cornell University Press, 2008 266 pp. € 22.95.
ISBN 978-0-8014-7432-3.

From around the beginning of the 20th century, Buddhism in Sri Lanka assumed Protestant overtones which oversaw a hardening of negative attitudes toward alcohol consumption. Although the island falls on far older trade routes, it is commonly assumed that this particular bad habit came with the Europeans. Today drinking is for many a convenient marker of the impure ‘other’: Christians, estate workers, the scum of the earth. The only thing that cannot be denied, however, is that the British took a far livelier interest in the alcohol trade than earlier visitors to the island, combining educational initiatives to warn people against the dangers of alcohol with profiteering to the hilt on its trade. These historically conditioned practices and attitudes toward drinking are made spikier in the case of *kasippu* or moonshine consumption by a robust media campaign – scarcely a day goes by without a newspaper story about those killed or

maimed by it – provoking blanket denunciations that obfuscate a range of substantive issues relating to the culture of illicit liquor.

Enter Michele Ruth Gamburd into this murky underworld at the beginning of the 21st century in 'Naeagama', a village said to be about 80 km south of Colombo. By situating drinking practices "within wider economic, political and religious dynamics in the village, country and global context," Gamburd deserves full credit for bucking the more blinkered views on moonshine referred to above, and yet the slow pace at which her analysis unfolds makes her work a frustrating first read. After a second reading, however, many key issues spring to life, and even though questions may still persist about whether the more illuminating angles on the culture of illicit liquor are sharp enough, one now has a counterbalancing sense of the wisdom of preserving a diversity of local voices while avoiding a single authoritative interpretation. Let me illustrate this point by exploring the closely-related tendencies to medicalize and/or criminalize the culture of illicit liquor in Sri Lanka.

Successive post-independence governments have been caught in double-binds with respect to alcohol consumption in general, for although they are heavily reliant on the revenue it generates, they are also obliged to maintain the facade of toeing the orthodox Buddhist line against it. The logic of this dilemma naturally toughens the stance against moonshine consumption, which not only violates the noble path enjoined on the householder by Buddhism but also diminishes government revenue significantly. The result is a campaign to medicalize and/or criminalize the production, distribution and consumption of *kasippu*, which vitally overlooks both the distal causes of excess drinking in the lower-rungs of society and the local resistances to medicalizing the habit. Using multiple perspectives, Gamburd illuminates these contradictions and tensions in a tone that is neither overly moralistic nor insensitive to human sufferings and wider systemic failings.

In the village under consideration, drinking is very male thing in more than one sense: the men who don't are viewed as women, the one woman who does, as a whore. This cultural spur to heavy drinking is exacerbated by today's fast changing gender roles which see an increasing number of women becoming financially independent. Many now live and work in the Middle East (even though the pay seems a pittance by Western standards, it supports entire families back in the village, and is a major contribution to government coffers), which not only dents a man's traditional authority but also leaves him to do a woman's work about the house. Gamburd's material demonstrates how perceived humiliations like these correlate with a rise in drinking and household violence, while linking them to far wider systemic failings. When Gamburd was doing her fieldwork the negative consequences of Sri Lanka joining the global economy became palpable through the experiences of her informants. At the behest of the International Monetary Fund the government had implemented Structural Adjustment Programmes that were making life harder for many by strongly favouring employers over employees, the impact of which is even starker today with the economic downturn seeing countless factories closing and many thousands left stranded without work, compensation or the old livelihoods to fall back on. Has the government learnt its lessons? Are the international monetary agencies now guiding

policy in the developing world more responsibly? From this angle, Gamburd's study can be read as another timely ethnographic plea for society to recognize its own values as they are embodied in its scapegoats, in this instance, its rot-gut-swilling layabouts.

It is important to note, however, that Gamburd's work is less prescriptive than descriptive of the symbolic fault-lines crisscrossing the culture of illicit liquor, and these can be stultifying but also liberating as they afford people opportunity to "imagine, embody, perform and transform their identities" in wholly unpredictable ways. So, even though the criminalization of moonshine isn't stopping the tap (indeed it appears to enable a good many cops to make a quick buck), Gamburd sees more scope in women's initiatives to politicise their struggle against drunkenness along lines which have historical and cultural precedence; for example, by framing the temperance movement around Sinhala-Buddhist rhetoric. But in a telling example of how porous symbolic schemes can be with regard to meanings, Gamburd also introduces us to drinkers who see their willingness to throw money on booze as a sign of their being less attached to things material, and their wives begrudging such unnecessary spending, of un-Buddhist cravings.

Interestingly enough, Gamburd sees the medicalization of alcohol-dependency as having little purchase on the way the people of Naeaegama view excessive drinking. In her view, the villagers of Naeaegama don't have a concept of alcoholism as a disease as they tend to lay more store by an individual's ability to control his mind and stop drinking, if he so wills. The influence of Buddhist doctrine is unmistakable here and a strong point in favour of Gamburd's argument. And yet, the evidence for these conclusions seems somewhat shaky to me. For one, only a handful of opinions are presented. For another, I believe the meeting of different symbolic or cultural categories creates a minefield of difficulties for anthropologists who seek consistency and coherent structures, which are reflected in the questions they put and the answers they elicit (Is so-and-so mad or under spirit-attack? Is conception a result of copulation or not?). From what I have seen of Sri Lanka, as a Sri Lankan, the distinction between foreign and local meanings, which underpins Gamburd's point about medicalizing alcohol dependency, is becoming less and less useful, not to say viable.

Shamindra Herat
Philosophy and medical anthropology, Amsterdam

Sjaak van der Geest & Marian Tankink (eds), *Theory and action. Essays for an anthropologist*. Amsterdam: AMB, 2009. 258 pp. € 25,00. ISBN 978-90-79700-07-3. Can be ordered via s.vandergeest@uva.nl

Juist medische antropologie is vaak onderwerp geweest van discussie over de vraag of antropologisch onderzoek vooral fundamenteel of eerder toegepast van karakter is, of zou moeten zijn. Toen ik zelf in de jaren negentig medische antropologie studeerde, had ik soms het gevoel te moeten kiezen. Gelukkig leerde ik tijdens de module Kritische Medische Antropologie aan de Universiteit van Amsterdam dat theorie en actie

niet zonder elkaar kunnen. De titel voor het vriendenboek dat Sjaak van der Geest en Marian Tankink samenstelden voor Els van Dongen, die de docent was van die module, had wat mij betreft niet beter gekozen kunnen worden. De 38 bijdragen zijn speciaal voor haar geschreven, geredigeerd of geselecteerd door (voormalige) collega's en studenten. Els moest na vele jaren van gezichtsbepalende aanwezigheid de afdeling Medische Antropologie van de Universiteit van Amsterdam verlaten, omdat kanker haar het werken onmogelijk maakte. Kort nadat ze het boek in ontvangst nam, is zij op 4 februari 2009 overleden.

Ook als een antropoloog iets in de wereld wil veranderen, is haar onderzoek allereerst bedoeld om die wereld te begrijpen, aldus Sylvie Fainzang in haar bijdrage, en daarvoor is theorie nodig. Veel bijdragen in het boek zijn op het eerste gezicht helemaal niet theoretisch van aard. Ze zijn wel onmiskenbaar antropologisch, geschreven in verschillende talen (letterlijk!) en stijlen, soms rijk geïllustreerd en met verhalen vanuit en over allerlei werelden, praktijken en ervaringen. De onderwerpen die Els van Dongen heeft bestudeerd en beschreven en de thema's die haar fascineerden, liggen ook veel collega's in en dichtbij de medische antropologie na aan het hart. Met teksten en beelden over onder meer gekte, ouderdom, geheimen, vergeten, psychiatrie en migranten is het boek een venster op het veld.

Het boek opent met een stuk van Els van Dongen zelf, waarin ze haar expertise als medisch antropoloog confronteert en combineert met haar ervaringsdeskundigheid – en die van de mensen om haar heen – als patiënt. Ze pleit voor aandacht voor de alledaagse activiteiten waaruit het omgaan met ziekte, zieken en ziek-zijn bestaat. Ook Arthur Kleinman doet dat. Hij besluit zijn korte, persoonlijke bijdrage met de woorden: “We are all caregivers. At least, we should” (p. 98).

Ook in andere bijdragen staan alledaagse handelingen, gesprekken en dingen centraal, waaronder de aanraking van verpleegkundigen (Riekje Elema), de leeservaringen van Zuidafrikaanse plattelandsvrouwen (Diana Gibson), een verslag van het spreekuur van een Nederlandse huisarts (Ilja Mooij), de betonnen paaltjes op de begraafplaats van een psychiatrisch ziekenhuis (Huub Beijers), een portret van een oude moeder (Rineke van Daalen), een Ghanees antwoord op de vraag wat vriendschap is (Sjaak van der Geest) en Joodse moppen (Allan Young). Door zulke ogenschijnlijke alledaagsheden nauwkeurig te beschrijven en te interpreteren worden het objecten van antropologisch onderzoek, die vragen om aandacht, taal en reflectie. Dat geldt ook voor fenomenen en gebeurtenissen die op het eerste gezicht moeilijker te begrijpen zijn, zoals de ervaring van een epileptische aanval (Bernhard Hadolt), de schilderijen van jonge kunstenaars uit Kinshasa (Ruth Kutalek), kindertekeningen over hekserij bij de Azande (Armin Prinz), foto's van de littekens van gemartelde asielzoekers (Janus Oomen), het onuitsprekbare verhaal van een vrouw die vluchtte uit Bosnië (Marian Tankink) en de omzwervingen van ‘community health’ in Afrika (Corlien Varkevisser).

Zulke verhalen, alledaags en complex, spreken niet voor zich. Ze krijgen betekenis in interacties van onderzoekers met wie en wat zij onderzoeken en met de lezers van hun verhalen. En met andere auteurs, die bouwstenen en instrumenten aanreiken uit uiteenlopende perspectieven als psychologie en politiek, ‘embodiment’ en ethiek,

film en fenomenologie, gender en gedrag. Met hun beschrijvingen en beschouwingen transformeren en maken antropologen theorieën, waarmee ze de wereld begrijpelijk kunnen maken en zich ertoe kunnen verhouden.

Vooraf Anita Hardon, Annemiek Richters en Rimke van der Geest laten expliciet zien wat de dubbele rol van activist en onderzoeker in de praktijk kan betekenen. Hun bijdragen, evenals de reeds genoemde meer theoretische bijdrage van Fainzang, zijn expliciet verbonden met de thematiek van het boek die door de titel wordt gesuggereerd. Maar ook de andere bijdragen stellen – vaak tussen de regels door – vergelijkbare vragen: hoe kun je de wereld veranderen als je die niet goed begrijpt? En hoe kun je een wereld begrijpen die je eigenlijk zou willen veranderen?

Deanna Trakas citeert uit een mailwisseling met Els van Dongen, die haar op de vraag naar de rol van de (medische) antropologie eens antwoordde:

“Did you ever knit and had the experience of ‘the knot’ which you could not unravel? (...) Anthropology is unraveling the knot (...). When you have one thread you can pull it and see what kind of thread it is. (...) You can’t find the end and you definitely have the wrong thread, so you will take another. In the end the knot is very tight, firm, with lots of threads hanging down, all leading to the knot at the centre. (...) You cut the knot and all the threads are falling on the floor. Now you will see the different parts, their colours, their ‘meaning; but now you also have to make the whole again. That’s impossible! Since all those loose threads are not very interesting (although very clear to see). I would prefer to let the knot as it is with all the threads hanging out, so that others will have to unravel something themselves” (p. 193).

Waarschijnlijk ook door de korte termijn waarop deze bundel tot stand is gekomen, lijkt het boek wel wat op zo’n kluwen. Ik heb die in deze korte bespreking niet kunnen of willen ontwarren. Sommige draadjes – ook die ik niet met name heb genoemd – zijn ook ‘afgeknipt’ zeker de moeite waard. Maar de lezer van dit boek moet vooral niet bang zijn voor een flinke knoop en de voldoening eerder vinden in het werk van het ontwarren dan in een nette streng aan het eind. Dat is een beschrijving die veel antropologen past, maar zeker ook anderen die balanceren tussen mensen en hun levens observeren, erover denken en schrijven, eraan meedoen en erin handelen.

Maud Radstake, cultureel antropoloog
Centre for Society and Genomics, Radbouduniversiteit Nijmegen

Leon Goossens, *Kleinschalige woonzorgvoorzieningen voor ouderen. Een wereld te winnen voor instellingen en ondernemers*. Den Haag: Uitgeverij Lemma, 2008. 152 pp. € 21,50. ISBN 978-90-5931-291-3.

Goossens begint zijn boek met een beeld van zijn opa en oma ‘Boven’, wonende op een hoger deel van het dorp waar hij opgroeide. Zijn grootouders zetten op oudere leeftijd gewoon hun leven voort in hun eigen huis. Totdat gezondheidsproblemen daar

een einde aan maken. Ze worden patiënt en moeten hun vertrouwde leven verder separaat voortzetten in een verzorgingshuis en een verpleeghuis, losgerukt uit het bestaan dat zij leidden.

Afgaand op de titel is er veel werk aan de winkel voor instellingen én ondernemers, twee groepen die Goossens later als verdedigers en aanvallers zal karakteriseren. In zijn visie kan de ouderenzorg met behulp van bedrijfskundige inzichten aanzienlijk beter worden georganiseerd. *Kleinschalige woonvoorzieningen voor ouderen* gaat over private én publieke kleinschalige woonvoorzieningen voor ouderen en is bedoeld voor degenen die in de ouderenzorg werken en investeren of overwegen dat te gaan doen. In het boek worden woonvoorzieningen geportretteerd, aangevuld met informatieve links naar kennisorganisaties en patiëntenverenigingen.

Hoe kunnen dergelijke kleinschalige voorzieningen worden verbeterd? Wie zijn die nieuwe ondernemers en waartoe leiden hun ambities en ondernemersgeest? Op welke wijze vindt concurrentie plaats tussen de 'oude' en de 'nieuwe' aanbieders op de markt voor kleinschalige woonzorgvoorzieningen? De centrale vraag in het boek is welke waarde de ondernemers kunnen toevoegen, hoe die ontwikkelingen tot stand zijn gekomen en welke ontwikkelingen kunnen worden verwacht in deze branche. Om deze vraag te beantwoorden heeft Goossens interviews gehouden, observaties en documentenanalyses gedaan en tot slot kleinschalige private en publieke initiatieven onderzocht.

Het boek bestaat uit vier delen. Het eerste deel bespreekt de theoretische achtergronden van bedrijfskundige modellen voor ondernemerschap in ontwikkeling, concurrentiemodellen, aanvals- en verdedigingsstrategieën. Goossens schetst vier typen ondernemers: de manager, de marktzoeker, de innovator en de risico-nemer. Daarnaast bespreekt hij concurrentiekrachten en -strategieën en presenteert vervolgens een waardenketen toegespitst op de processen binnen woonzorgvoorzieningen. Die waardenketen is een denkmodel op basis van Porter dat Goossens verder ontwikkelt. De auteur focust op gebruikerskenmerken die belangrijk zijn voor de oudere, zoals privacy, verzorgd en gekoesterd worden, voedzame en lekkere maaltijden. Tot slot wordt de zorgmarkt verdeeld in enerzijds aanvallers, nieuwkomers op de markt die zich (snel) op onverwachte plekken op de markt manifesteren en innovatief (kunnen) zijn, en anderzijds verdedigers, de bestaande spelers op de markt die beschikken over organisaties met kennis en expertise waarmee ze klanten van dienst kunnen zijn. Aan de hand van de zogenaamde S-curven (aanloop, ontwikkeling en verzadiging) worden aanval- en verdedigingsstrategieën beschreven.

In het tweede deel portretteert Goossens vier private en twee publieke kleinschalige woonzorgvoorzieningen, compleet met foto's van de panden. Niet helemaal duidelijk wordt waarom hij juist deze voorzieningen heeft onderzocht en of deze model staan voor andere voorzieningen. Na een uitgebreide beschrijving van kenmerken van de buurt, de gemiddelde leeftijd van de bewoners, de afmetingen van de leefruimte, de maaltijden, de wijze van bekostiging en rechtsvorm van de organisatie worden de voorzieningen van de instellingen langs de meetlat van de managementrollen, strategieën en kenmerken gelegd. Zo wordt een interessant en helder beeld geschetst van nieuwe ondernemers op de markt. Interessant is de vergelijking tussen de publieke

en private voorzieningen. Goossens concludeert dat er voor beide typen voorzieningen nog veel te leren valt, hoewel op verschillende vlakken. Zeker op het gebied van concurrentie: met meer bewustzijn van concurrentie, strategie, kwaliteit en kosten is winst te behalen. Daarnaast dienen keuzes te worden gemaakt vanuit bedrijfskundig perspectief.

In het derde deel bespreekt Goossens aanbevelingen voor kleinschalige woonvoorzieningen, uitgesplitst naar ondernemersrollen, concurrentiemodellen en aanvallers c.q. verdedigers op de markt van kleinschalige voorzieningen. Conclusie is dat de private sector vooral sterk is in innovatie en het nemen van risico's. Verschillen zijn er ook ten aanzien van de managersrol, die in de private sector anders wordt ingevuld dan publieke sector. Opvallende conclusie is dat beide sectoren weinig doen aan marktonderzoek. De publieke sector blijkt vervolgens anders te focussen dan de private sector. Dit deel eindigt met een blik op de toekomst van kleinschalige woonvoorzieningen. De uitgangspunten zijn niet rooskleurig: een verdrievoudiging van het aantal mogelijk kwetsbare ouderen, een slecht imago van de ouderenzorg, knellende regelgeving en financieringsproblemen, in combinatie met ontevreden medewerkers vormen het uitgangspunt voor ondernemers in de zorg. Belangrijke keuzes voor die ondernemer liggen in de zogenaamde focusstrategie, het type ondernemersrol en het vormgeven van de waardeketen.

Het laatste deel van het boek geeft een handzame instructie voor een businessplan, waarvan de onderdelen helder op een rijtje worden gezet met voorbeelden van hoe de markt benaderd kan worden. En uiteindelijk gaat het om mensen als de hierboven aangehaalde opa en oma 'Boven'. Zodat zij een keuze hebben wat betreft de manier van wonen en zorg die bij hén past en daardoor kwaliteit van leven kunnen behouden. Op die wijze richt het aanbod van de zorg zich op de vraag, en niet andersom.

Voor mensen die zich op de zorgmarkt willen begeven ligt hier een uitdaging. Voor initiatiefrijke ondernemers is er inderdaad een wereld te winnen in de kleinschalige woonvoorzieningen. De mogelijkheden hiertoe worden in dit boek stapsgewijs en op een prettig leesbare, heldere en overzichtelijke wijze aangeboden.

Ezra van Zadelhoff, onderzoeker
Vakgroep Health, Ethics and Society, Maastricht University

Juan Mezzich & Giovanni Caraccci (eds), *Cultural formulation. A reader for psychiatric diagnosis*. Lanham: Jason Aronson, 2008. xii+288 pp. € 53,00 (hard cover). ISBN 978-0-7657-0489-4.

De derde editie van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders* (APA 1980, 1987) besteedde geen aandacht aan de culturele dimensie van psychiatrische diagnostiek en classificatie. Dit was voor een werkgroep van transculturele psychiaters en medisch antropologen aanleiding voorstellen toe doen om in een volgende editie deze tekortkoming weg te nemen. Juan Mezzich en Byron Good spreken in dit verband over 'culturally enhancing the DSM IV multi-axial formulation'. Een deel van

hun adviezen vond zijn weg naar DSM IV die verscheen in 1994. Behalve een beperkt aantal verwijzingen naar culturele diversiteit in de hoofdtekst, werden in de bijlagen een overzicht van *culture bound syndromes* opgenomen en de *cultural formulation of diagnosis* (CFD). Juan Mezzich en Giovanni Caracci beogen met deze reader professionals in de GGZ inzicht te bieden in de voorgeschiedenis en de betekenis van de CFD voor de psychiatrische diagnose.

De term *cultural formulation of diagnosis* verwijst naar de *psychodynamic fomulation of diagnosis* een vergelijkbaar model daterend uit het pre-DSM-tijdperk, waarbij psychische problemen gerelateerd worden aan de context van de individuele patiënt en aan zijn intrapsychische conflicten. Alhoewel in Nederland doorgaans gesproken wordt over de culturele formulering, is naar mijn mening cultureel-psychiatrische diagnose een betere aanduiding. De CFD is een betrekkelijk eenvoudig stramien waarin voor diagnose en classificatie belangrijke aspecten benoemd zijn die de culturele achtergrond van patiënten betreffen. Daarbij gaat het om culturele identiteit, culturele verklaringen van de ziekte, culturele stressfactoren, culturele factoren die van invloed zijn op de therapeut-patient-relatie alsook de relevantie van de bevindingen voor de diagnostiek én behandeling. In Nederland is de CFD lang onopgemerkt gebleven. Dat komt waarschijnlijk doordat in de Nederlandstalige beknopte versie van de DSM waarover de meeste hulpverleners in de GGZ beschikken, de CFD evenals het overzicht van *culture bound syndromes* niet is opgenomen. Een casebook met zeventien casusbeschrijvingen conform de CFD (Borra, Van Dijk & Rohlof, *Cultuur, classificatie en diagnose*, 2002) bracht hier verandering in.

De twintig bijdragen aan de bundel zijn geordend in vier delen ieder met een introductie van de samenstellers met als thema's: historische en conceptuele achtergrond (6), ontwikkelingen en kenmerken (5); reflecties en vooruitzichten (4) en casusbeschrijvingen (5). Het merendeel van de teksten is eerder gepubliceerd en dateert van vóór 2002. Daaronder bevinden zich inmiddels klassieke teksten, zoals *On illness meanings and clinical interpretation* (Arthur Kleinman 1981), *The context of diagnosis and therapy* (Byron Good & Jo Good-DelVecchio 1986) en *Psychiatric diagnosis: a cultural perspective* (Horacio Fabrega 1987), alle opgenomen in deel I. Ook de uitgebreide casusbeschrijvingen die de potentie van de CFD illustreren, zijn eerder verschenen in *Culture Medicine & Psychiatry*. De bundel bevat slechts drie originele teksten. Twee ervan zijn congresbijdragen uit 2004. Hans Rohlof en Sofie Bäärnhielm geven daarin in kort bestek informatie over het gebruik van de CFD in respectievelijk Nederland en Zweden. In de tekst van Rohlof is onder meer de engelstalige versie van het Culturele Interview opgenomen. In het derde artikel blikt Mezzich terug op de ontwikkeling van de CFD.

De werkgroep die de CFD ontwikkelde, koos ervoor binnen de kaders van de DSM te blijven. Het classificatiesysteem had immers al een centrale plaats verworven binnen de westerse geestelijke gezondheidszorg en liet zijn invloed ook daarbuiten al gelden. Het was de werkgroep er vooral om te doen de blindheid van het systeem voor cultuur en context enigszins te repareren zodat dit zou leiden tot meer adequate diagnose en classificatie. Daarbij werd ervan afgezien om aan het multi-axiale classificatiesysteem een zesde, culturele, as te voegen. Een belangrijk argument daarvoor was,

zo schrijft Roberto Lewis-Fernández in zijn bijdrage, het gevaar dat een dergelijke as met korte culturele typeringen zou kunnen leiden tot essentialisering en stereotypering in de psychiatrie. Het zou de indruk kunnen wekken dat een culturele typering van de patiënt voldoende is en de werking van cultuur in het diagnostisch proces zelf in wezen ongemoeid laten.

In de bijdragen wordt vooral de voorgeschiedenis van de CFD en de afwegingen die daarbij gemaakt zijn, uitgebreid weergegeven en de CFD zelf beschreven en toegelicht. Nauwelijks aandacht is er voor kritische noten die in de loop van de tijd bij de CFD geplaatst zijn. Het eerder genoemde artikel van Mezzich – *Cultural formulation: development and critical review* – maakt zijn uitdagende titel niet waar. Het ontbreekt de tekst aan diepte en reflectie. Zo constateert Mezzich dat de oude wens van een handleiding voor het opstellen van een CFD nog steeds niet vervuld is, zonder in te gaan op de vraag waarom daar al vijftien jaar op gewacht wordt. We kunnen ons afvragen of de CFD wel een diagnostisch instrument in de klassieke betekenis is, waarvoor een handleiding te geven is. Het gaat mijns inziens veeleer om het attenderen van de diagnosticus op relevante aandachtspunten in de probleemverheldering. Het is eerder een poging tot *mind setting* dan een instrument. De kritiekpunten, zoals Lewis-Fernández in 2002 naar voren bracht tijdens een congres in Nederland over de CFD, komen niet terug in Mezzichs kritische terugblik of in de andere bijdragen. Zo merkte hij op dat de CFD teveel focust op het culturele en daarmee het culturaliseren in de hand kan werken. Verder is er weinig aandacht voor het gegeven dat het verhaal van de patiënt zelden homogeen en consistent is, maar eerder meerstemmig is. Hij benadrukte verder dat de waarde vooral ligt in het gebruik van de CFD in de opleiding en kennisuitwisseling. Bij deze gelegenheid wees Annemiek Richters er terecht op dat uiteindelijk niet de CFD bepalend is voor de culturele sensitiviteit van de diagnostiek, maar de wijze waarop de diagnosticus er gebruik van maakt. Zeker nu het nog onduidelijk is of de CFD onderdeel uit gaat maken van DSM V die omstreeks 2010 verwacht wordt, is het jammer dat in de bundel niet de balans opgemaakt wordt van vijftien jaar CFD en conclusies daaruit trekt voor een eventuele verfijning en revisie.

De reader is vooral een verzameling teksten gebleven. De redacteurs hebben niet veel werk gemaakt van hun inleidingen. Ze behelzen niet veel meer dan korte samenvattingen van de bijdragen in het betreffende deel. De bundel voegt uiteindelijk maar weinig toe aan bestaande teksten, zoals Russell Lim's *Clinical manual of cultural psychiatry* (2006) die zich ook richt op de CFD. De waarde van *Cultural formulation* ligt vooral in het gegeven dat het een aantal wezenlijke teksten uit vaktijdschriften die ten grondslag lagen aan de CFD in een publicatie bijeenbrengt. Voor degene die kennis wil maken met de CFD en zijn ontstaansgeschiedenis, is het een handzame introductie; voor wie daar al van op de hoogte was, brengt deze publicatie nauwelijks nieuws.

Rob van Dijk, medisch antropoloog
Bavo-Europoort, Rotterdam

Gerda Nienhuis, Marina Hendrik & Zahra Naleie, *Zware dingen moet je voorzichtig duwen. Achtergronden, gevolgen en aanpak meisjesbesnijdenis*. Utrecht/ Amsterdam: Stichting Pharos/FSAN, 2008. 2e herziene druk. 108 pp. € 15,00
ISBN 978-90-75955-68-2.

In 1992 werd voor het eerst gepubliceerd over het voorkomen van meisjesbesnijdenis onder Somalische vluchtelingen in Nederland. Sinds die tijd zijn door zelf-organisaties en de Stichting Pharos verschillende, afzonderlijke projecten uitgevoerd ter preventie daarvan. In 2000 besloten de Federatie van Somalische Associaties in Nederland (FSAN) en Pharos om hun krachten op dit terrein te bundelen. Deze publicatie is één van de vele resultaten van deze samenwerking. Hij beschrijft de geschiedenis en de huidige stand van zaken in de aanpak van meisjesbesnijdenis. Ook besteedt hij aandacht aan beleid en maatregelen elders. De publicatie laat zien dat FSAN en Pharos, ondanks veelal kortdurende projectfinancieringen, sinds 2000 veel tot stand hebben gebracht en een schat aan kennis en ervaringen hebben verzameld. Sinds enige jaren richten de organisaties zich niet meer alleen op de Somalische vluchtelingen, maar op alle Afrikaanse gemeenschappen in Nederland bij wie meisjesbesnijdenis voorkomt.

In de samenwerking van FSAN en Pharos staat centraal dat verandering van de sociale norm en gedrag met betrekking tot meisjesbesnijdenis bij de gemeenschappen in Nederland die dat praktiseren van binnenuit tot stand moet worden gebracht. Voor een deel is de migratie daarbij bevorderlijk, zoals hoofdstuk 1 beschrijft. De confrontatie met andere opvattingen stemt tot nadenken. Onder (gedwongen) migranten heerst echter vaak ook de angst culturele en traditionele waarden te verliezen. Naast de sociale norm dat niet-besneden meisjes oneerbaar en niet huwbaar zijn, heerst veelal ook het misverstand dat de islam meisjesbesnijdenis voorschrijft. Om dit misverstand tegen te gaan, zoals in hoofdstuk 2 wordt weergegeven, hebben in de afgelopen jaren verschillende vooraanstaande religieuze leiders, onder wie de groot-mufti van Al Azhar in Cairo en imams in Nederland zich uitgesproken tegen meisjesbesnijdenis. Ook de Islamitische Universiteit te Rotterdam heeft in 2003 een persbericht laten uitgaan met een verklaring tegen het gebruik.

Er wordt vaak door de gemeenschap en familie, ook vanuit de landen van herkomst, grote druk op ouders uitgeoefend om hun dochters tijdig te laten besnijden. Om die reden zijn de ontwikkelingen in de landen van herkomst van minstens even groot belang als de ontwikkelingen binnen de gemeenschappen in Nederland. Ook al worden de ontwikkelingen in Afrika bemoeilijkt door bijvoorbeeld gewapende conflicten en schaarste aan medische zorg, toch wordt er wel vooruitgang geboekt, zoals hoofdstuk 3 laat zien. Zo hebben in 2003 staatshoofden van de Afrikaanse Unie het Maputo Protocol aangenomen waarin genitale verminking expliciet wordt veroordeeld. Inmiddels hebben 24 landen dit protocol geratificeerd, waaronder twaalf landen waar meisjesbesnijdenis wordt toegepast. Instructief zijn de beschrijvingen in het hoofdstuk van enige gemeenschapsgerichte programma's in Afrikaanse landen waarin participatie en *empowerment* centraal staan.

Hoofdstuk 4 beschrijft de internationale en Europese ontwikkelingen. Binnen Europa is sinds het einde van de vorige eeuw een netwerk, het 'Euro-Net-FGM', ontstaan van Afrikaanse en Europese groepen vrouwen die betrokken zijn bij het voorkomen van meisjesbesnijdenis. Dit netwerk onderhoudt tevens contacten met het Inter African Committee dat in Afrika actief is.

Sinds 2005 is het overheidsbeleid in Nederland gericht op een intensievere aanpak van de bestrijding van meisjesbesnijdenis, geeft hoofdstuk 5 weer. Naast een grotere inzet van de jeugdgezondheidszorg, in eerste instantie in zes regio's in Nederland, en andere vormen van preventie, zijn ook de repressieve maatregelen aangescherpt. Zo is de verjaringstermijn voor de strafbaarstelling van meisjesbesnijdenis verlengd en is ook besnijdenis die door inwoners van Nederland in het buitenland is uitgevoerd strafbaar geworden. De vraag is wat het effect van deze maatregelen zal zijn. Met Unicef concluderen de auteurs dat wetgeving slechts een ondersteunend instrument, een stok achter de deur is, maar niet het belangrijkste middel om verandering van de sociale norm tot stand te brengen. Voor deze verandering blijkt vooral de inzet van sleutelpersonen van onschatbare waarde, zoals hoofdstuk 6 beschrijft. Deze sleutelpersonen, mannen, vrouwen en jongeren, voorvechters in de 'strijd' tegen meisjesbesnijdenis, genieten het vertrouwen binnen de eigen gemeenschap en zijn geschoold om het thema binnen de eigen gemeenschap ter discussie te stellen. Daarbij gebruiken zij bijvoorbeeld verhalen, liederen en gedichten uit eigen cultuur om zaken aan de orde te stellen waarover men niet gemakkelijk praat. Door de inzet van de sleutelpersonen is er een beweging in gang gezet waarin leden van de gemeenschappen zich verantwoordelijk zijn gaan voelen voor het thema en bijeenkomsten zijn gaan organiseren om het binnen de eigen gemeenschap te bespreken.

Hoofdstuk 7 bespreekt de communicatie over meisjesbesnijdenis op spreekuren en tijdens voorlichtingsbijeenkomsten. Van groot belang is om bij de voorlichtingsbijeenkomsten de zelforganisatie(s) te betrekken. Jongeren nemen daarbij een aparte plek in. Sinds kort zijn jonge Somalische vrouwen, als 'agents of change', actief in het bespreekbaar maken van meisjesbesnijdenis in gezinnen met adolescente dochters. Deze gesprekken hebben bijvoorbeeld ertoe geleid dat moeders voor het eerst met hun dochters over hun eigen besnijdenis zijn gaan praten en nadenken. Het zijn stappen in het veranderingsproces, dat een zaak van lange adem is, zoals ook internationale organisaties als de WHO en Unicef erkennen. Wat dat betreft is de titel van het boek als metafoor voor dit proces uitstekend gekozen. De regelmatige roep van politici en activisten om met een hardere aanpak het proces te versnellen zou immers tot verzet kunnen leiden.

Hoofdstuk 8 bespreekt onder andere de lichamelijke en geestelijke gevolgen van de besnijdenis en de misverstanden die er bestaan over herinfibulatie en herstel. Het boek wordt afgesloten met verschillende bijlagen, waarin onder meer juridische informatie, geschreven door Defence for Children, en een fatwa over meisjesbesnijdenis, ondertekend door de groot-mufti van Egypte.

Uit de wijze waarop het boek is geschreven spreekt de grote betrokkenheid van de auteurs bij het thema en hun respect voor de personen met en voor wie zij werken. De herdruk bood hun de mogelijkheid om nieuwe gegevens en inzichten van een rapport

van de WHO van 2008 op te nemen. De publicatie is zeer leesbaar en informatief en om die redenen aan te bevelen, zo niet verplicht, voor een ieder die betrokken is bij het voorkomen van meisjesbesnijdenis.

Loes van Willigen, arts
Consultant Gezondheidszorg en Mensenrechten, Amsterdam

Lorena de los Angeles Núñez Carrasco, *Living on the margins. Illness and health care among Peruvian migrants in Chile*. Academisch proefschrift. LUMC/ Universiteit Leiden, 2008. 363 pp.

Lorena Núñez verrichte onderzoek naar de invloed van verschillende sociaal-culturele factoren op de gezondheid en gezondheidsbeleving van Peruaanse migranten wonend in het centrum van Santiago de Chile en hun toegang tot de Chileense gezondheidszorg.

Haar proefschrift, *Living on the margins*, bestaat uit vier delen. In deel 1 beschrijft de auteur theorieën over de dynamiek van de transnationale migratie en de gevolgen daarvan op de gezondheid van betrokkenen, de theoretische benaderingswijzen van het bestudeerde in de medische antropologie, en de gehanteerde methodologie. De belangrijkste onderzoeksmethode was kwalitatief, etnografisch van aard. Núñez deelde enige tijd een huis in Santiago met Peruaanse personen en gezinnen, waardoor zij met behulp van participerende observatie een grote hoeveelheid informatie kon verzamelen. Tevens interviewde zij Peruaanse migranten die op andere plaatsen in de binnenstad van Santiago woonden. Verder verrichte zij met behulp van diagnostische meetinstrumenten een kwantitatieve studie naar het voorkomen van angst en depressie bij Peruaanse migranten vanwege hun sociale omstandigheden. Om de toegankelijkheid van de Chileense gezondheidszorg voor Peruaanse migranten te onderzoeken hield Núñez focusgroepgesprekken met migranten en gezondheidswerkers.

Deel 2 van het proefschrift beschrijft de aard van de migratie van de Peruanen, hun relatie met de Chileense samenleving, die in vergelijking met de Peruaanse samenleving moderner en meer westers getint is, en hun gezondheidssituatie. De meeste Peruaanse respondenten migreerden naar Chili in het midden van de jaren negentig van de vorige eeuw. Over het algemeen arriveerden de vrouwen eerder dan de mannen, daar de meesten vrij gemakkelijk werk vonden als – al dan niet inwonende – hulp in Chileense huishoudens. Slechts een kwart van de Peruaanse respondenten was in het bezit van een permanente verblijfsvergunning, wat betekent dat de meerderheid leefde in een instabiele en onzekere verblijfssituatie. Een groot deel van de respondenten klaagde over gezondheidsproblemen. De aanwezigheid van familieleden en of kinderen leek een beschermende factor te vormen tegen een slechte gezondheid.

In het huis dat de onderzoekster met Peruaanse migranten deelde, was nauwelijks privacy. Het gemeenschappelijke leven bood enige bescherming. Zo had de woongemeenschap een gedeelde identiteit ontwikkeld door middel van vieringen van bijzondere dagen, muziek, gemeenschappelijke maaltijden en de nostalgie naar Peru. De leefomstandigheden leidde echter ook tot conflicten tussen de leden van de gemeen-

schap en tussen echtelieden. Daarnaast beschrijft Núñez hoe de Peruanen door Chilenen op het werk en op straat op soms grove wijze werden gediscrimineerd.

Deel 3 geeft de geestelijke gezondheidssituatie van de respondenten weer met een beschrijving van de resultaten van de kwantitatieve studie, de verhalen van de migranten over hun oude en nieuwe gezondheidsbelevingen, uitingswijzen van onwelbevinden en coping mechanismen. Meer dan de helft van de respondenten leed aan een vorm van onwelbevinden, veelal geuit als 'piekeren', 'nervositeit' en 'depressie'. *Nervios* (nervositeit) omvat verschillende somatische symptomen die verbonden zijn met bepaalde sociale problemen. Núñez beschrijft tevens verschillende Peruaanse uitingswijzen van onwelbevinden, zoals *daño* (jaloezie), *ojo* (het boze oog) en *chucaque* (schaamte), die in contact met de Chileense samenleving en gezondheidszorg geleidelijk zijn aangevuld en vervangen door nieuwe, zoals 'stress' en 'depressie'. Terecht betwijfelt Núñez daarbij of laatstgenoemde begrippen dezelfde betekenis hebben voor de Peruaanse migranten in Chili als voor bijvoorbeeld Chilenen of personen in het Westen.

Ook de leefstijlen en coping mechanismen van de Peruanen zijn door de migratie veranderd. Zo bieden de Peruaanse vrouwen hun onwelbevinden in Chili het hoofd door uit dansen te gaan, iets dat zij in Peru nooit gedaan zouden hebben. De Peruaanse mannen gaan om hun spanningen kwijt te raken vooral uit drinken. Bijna niemand van de respondenten bezocht de Chileense gezondheidszorg voor gezondheidsproblemen. Als ze dat al deden was het over het algemeen voor reproductieve problemen. Om die reden werd de onderzoeksvraag naar de toegankelijkheid van de Chileense gezondheidszorg in deel 4 beperkt tot de vraag naar die van de reproductieve gezondheidszorg.

Formeel hebben gedocumenteerde en ongedocumenteerde migranten in Chili onbeperkt toegang tot de reproductieve gezondheidszorg, maar in de praktijk bleek dit om uiteenlopende redenen beperkt. Er bleek geen aansluiting te bestaan tussen de inzichten in en behoeften rond de gezinsplanning van de Peruaanse migranten en de antwoorden daarop van de Chileense openbare gezondheidszorg, zonder dat de gezondheidswerkers zich bewust waren van deze mismatch. Zo beschouwden de Chileense gezondheidswerkers het relatief grote aantal zwangerschappen onder de Peruaanse migrantenvrouwen als een slimme manier om aan een verblijfsvergunning te komen. Voor de betrokken vrouwen waren deze zwangerschappen echter veelal ongewenst en vaak leidden ze ertoe dat ze terugkeerden naar Peru. Doordat de Chileense gezondheidszorg aanbodgericht is, was er nauwelijks kennis en deskundigheid op het terrein van de specifieke gezondheidsproblemen van Peruaanse migranten.

De keuze van Núñez om de etnografische studie te combineren met kwantitatief onderzoek is lovenswaardig. Echter (de weergave van) de kwantitatieve studie is nogal zwak onder andere door het ontbreken van een drempel voor het aantal symptomen dat duidt op pathologie en de beperktheid van de statistische analyses. Daardoor kan bijvoorbeeld de bevinding dat getrouwde Peruaanse migranten minder gezondheidsproblemen ondervinden dan ongetrouwde op een toeval berusten. Daarbij moet tevens worden opgemerkt dat de studie een selectie betreft van Peruaanse migranten in Santiago de Chile. De studie van Núñez is mijns inziens vooral van waarde door de

diepgaande etnografische observaties en interviews waardoor de gezondheidsproblemen van de betrokken Peruaanse migranten in de specifieke Chileense context worden geplaatst en betekenis krijgen. De persoonlijke en collectieve verhalen en vooral de beschrijving van de uitingwijzen van onwelbevinden, de geleidelijke veranderingen daarin en de mismatch tussen de verklaringsmodellen van de Peruaanse migrantenvrouwen en de Chileense gezondheidswerkers maken *Living on the margins* tot een waardevolle bijdrage aan de medisch-antropologische kennis van migratie en gezondheid en de Chileense gezondheidszorg voor migranten.

Loes van Willigen, arts
Consultant Gezondheidszorg en Mensenrechten, Amsterdam

Dagmar Wujastyk & Frederick M. Smith, *Modern and global Ayurveda: Pluralism and paradigms*. Albany: Suny Press, 2008. xi+349 pp., index. \$ 29.95.
ISBN 978-0-7914-7490-7.

This is the first scholarly publication that has as its focus the link between the practice, regulation and representation of Ayurveda in India and the Ayurvedic diaspora in the United States and Western Europe. The volume is the result of a two-years research project (2002-2004) on modern and global Ayurveda at the Dharam Hinduja Institute of Indic Research, Cambridge University, UK. The book's seventeen chapters are written by senior and junior textual and social-cultural scholars and researchers, as well as by renowned Western Ayurvedic practitioners and educators who are also authors of popular Ayurvedic books of the self-help category. *Modern and Global Ayurveda* discusses different aspects of Ayurveda as an imagined global community marked by a loose structure and lack of agreement on basics such as the nature of Ayurvedic concepts, as well as good Ayurvedic practice, education and research. Its multidisciplinary character makes the book unique.

In the introduction the editors give the reader a brief insight in the origins and history of Ayurveda, its modernization in India in the twentieth century, and its early introduction in the West in the late 1970s and early 1980s. They make clear what is meant by 'modern Ayurveda' and 'global Ayurveda'. The latter includes spirituality and yoga. Here, the body is ultimately seen as a vehicle for spiritual liberation. In contrast, Modern Ayurveda sees the body as a mechanical device in need of repair. Smith and Wujastyk also provide us with a brief but thorough overview of popular culture literature on Global Ayurveda and its huge presence on the Internet. The second chapter written by Mike Saks provides the reader with another introduction. Saks' contribution briefly discusses the history of biomedicine in Europe and how biomedicine became the only orthodox medicine of our times. Saks, who mainly talks about Britain, links the rise of Ayurveda in the West to the counter culture of the 1960s with its critique on (medical) authorities and interest in and glorification of the East as the home of non-materiality (spirituality). Global Ayurveda – also known as New Age Ayurveda – wants to offer an alternative to the assumed mechanized worldview of Western medicine and its hegemonic practices.

The third chapter by Dominik Wujastyk discusses developments in Indian policy towards Ayurveda in the 20th Century and lists the government committees and acts of that period. After India became independent in 1947, five reports on Ayurveda have been published under the auspices of the Ministry of Health. The last one, the Ramalingaswami Report of 1981, has Wujastyk's sympathy. Unlike the other reports, this one does not opt for the integration of Ayurveda into the biomedically dominated health system of India. The report critiques the urban-biased, top-down and elite oriented approach of the Indian government and relates to the social-cultural world of many Indians through emphasizing cultural health practices such as dietary and behavioural guidelines as well as the use of simple and effective medical techniques and medications. The other reports written after independence have come up with nothing new. Their recommendations merely cover aspects of the Chopra report of 1948 which was rejected by the Indian government on the grounds of putting Ayurvedic training and practice at par with that of biomedicine. As a result, Ayurveda suffers from epistemological confusion, lack of funds, and half hearted professionalisation. The fact that seventy percent of the graduates of Indian Ayurvedic colleges use their Bachelors degree as a backdoor entrance for practicing biomedicine, illustrates this. The other fourteen chapters of *Modern and Global Ayurveda* cover three themes: the introduction and shape of Ayurveda in the West; modern transformations of Ayurvedic concepts, medicines and therapies; and Ayurveda's role in the construction of identities.

In Chapters Six and Seven Robert Svoboda and Claudia Welch reflect on the education and practice of Global Ayurveda in the United States. Svoboda's article is a personal account on the Ayurvedic diaspora told from the time when he studied Ayurveda in India in the 1970s. He is highly critical about the quality of Ayurvedic education and practice in the USA and laments the fact that Ayurveda has become "... integrated into our current consumerist consensus reality" (p. 128). Claudia Welch – like Svoboda an Ayurvedic teacher and practitioner – compares the formal Ayurvedic education in India with the lineage-based education in the West. In line with Svoboda she regrets that in the United States there is no curriculum that expands the many years of training needed for becoming a good Ayurvedic physician. Both authors find Ayurveda's professional climate in the West lacking. A similar kind of voice is heard from Sebastian Pole who in Chapter Twelve discusses the state of Ayurveda in Britain. Pole, founder of a British Ayurvedic professional organization, registered herbalist and the herbal director of a firm that specializes in organic Ayurvedic herbs, teas, capsules, and tinctures, blames the poor state of Ayurveda in the West on its second rate status in India.

The last chapters (14, 15, 16 and 17) are also devoted to Ayurvedic practice in the West. Chapter Fourteen discusses what takes place in the Ayurvedic wing of a German biomedical hospital in Kassel. The chapter is written by its medical director, a biomedical physician with additional training in Ayurvedic medical practice and Indology, and gives a good insight in patients, treatments and outcomes. Anand Chopra makes it clear that he treats a material body. Not the metaphysical body of Maharishi Ayurveda (MAV) which is discussed in the last three chapters. These chapters on MAV are written by a social historian and two scholars of Hinduism. The authors argue that a study of MAV is crucial for understanding the situation of Ayurveda in

the West. Chapter Fifteen thoroughly discusses MAV in Britain as “an interesting case study on the negotiation between alternative and biomedical health care epistemology in a specific situation” (p. 257). All writers of the three chapters on the Ayurveda of the Indian guru Maharishi Mahesh Yogi emphasize MAV’s appropriation of Ayurveda, the movement’s twisted ways to cast “their Advaitic interpretative model of Ayurveda in terms of physics”, and MAV’s objective to get its share of the ‘consumer health dollars’ (p. 324-26).

The authors of the chapters eight to eleven discuss the modernization and standardization of Ayurveda’s materia medica, its concepts and therapies. Unnikrishnan Payyappallimana writes an informative chapter on the identification in terms of contemporary nomenclature of the many ingredients used in Ayurvedic medications as part of their inclusion in professional databases. Jan Meulenbeld provides an enlightening and at times poetic chapter on the reinterpretation of *ojas*, a central concept in classical Ayurveda which can be translated as vital essence or vital energy. He elegantly criticizes the incorporation of *ojas* into the universe of modern immunology (p. 168). Meulenbeld sees Ayurveda mainly as a practical undertaking and argues that its clinical achievements must determine the tradition’s contemporary medical value. In Chapter Ten the American anthropologist Joe Alter discusses the ‘paradox of virility’ to explain the popularity of Ayurvedic sex clinics in India. Alter beautifully shows how classical insights of *vajikarana* and *rasayana* (two sub disciplines of Ayurveda), have merged with modern Indian discourses that tie up social with sexual ‘weakness’ and with the modern obsession that puts sexual identity at the heart of personhood. In Chapter Eleven Madhulika Banerjee condemns the pharmaceuticalisation of Ayurveda and its substances and invokes the Indian pharmacologist Roy Chaudhury as the one who offers the insights that can prevent Ayurveda from becoming absorbed by biomedicine.

Chapter Thirteen deals with modern Ayurvedic practice in Pune, an Indian city near Mumbai. Manasi Tirodkar confirms what has been extensively researched and documented by anthropologists since the end of the 1980s: Indian urban middle class consumers use Ayurveda to fight the stress and strain of modern professional life. Ayurveda as a means to construct and affirm identities is also the topic of Chapter Four and Chapter Five. In the former the modernization of Ayurveda is analyzed as part of the creation of an urban middle class in North India in the 1920s. Chapter Five beautifully describes how since the early decades of the 20th Century South Indian (Tamil) non-Brahmin Ayurvedic physicians engage in a political discourse of difference. They argue that not Ayurveda but Tamil traditional medicine known as Siddha is India’s authentic medicine.

Modern and Global Ayurveda will be of relevance to those interested in the modernization, globalization, professionalization and commodification of Asian medical traditions, and in the link between medicine and identity. Scholars who work in the field of New-Age studies, Ayurvedic practitioners and policy makers in the domain of complementary medicine will also find much of their interest in this publication.

Maarten Bode, medical anthropologist
University of Amsterdam